

.....
Pieczęć jednostki kierującej

.....
Miejscowość, data



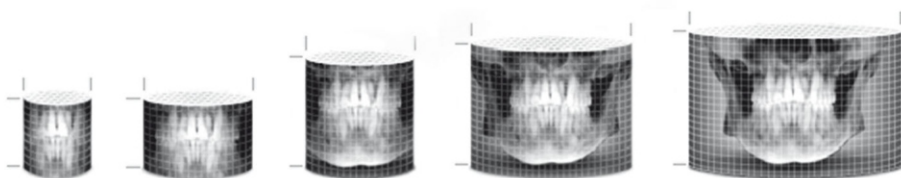
**SKIEROWANIE DO PRACOWNI
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**
ul. Kopisto 1, Rzeszów
MILLENIUM HALL piętro II
Tel: 728 128 858

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL:.....

Rodzaj badania:

- Pantomogram cyfrowy 2D
- Zdjęcie cefalometryczne
- Tomografia komputerowa 3D, CT szczęka-żuchwa- zakres:



- 5x5
- 5x8
- 8x8
- 9x12
- 15x15

Analiza cefalometryczna:

- Bjorka
- Jarabaka
- Rickettsa
- Steinera
- Schwartza

Wstępne rozpoznanie kliniczne:

Informacje istotne do prawidłowego przeprowadzenia medycznej procedury radiologicznej:

Cel i uzasadnienie badania:

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rentgenowskiego

.....
Data i podpis pacjenta, opiekuna

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

.....
Pieczęć jednostki kierującej

.....
Miejscowość, data



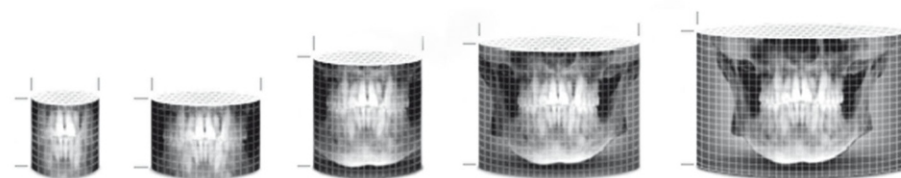
**SKIEROWANIE DO PRACOWNI
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**
ul. Kopisto 1, Rzeszów
MILLENIUM HALL piętro II
Tel: 728 128 858

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL:.....

Rodzaj badania:

- Pantomogram cyfrowy 2D
- Zdjęcie cefalometryczne
- Tomografia komputerowa 3D, CT szczęka-żuchwa- zakres:



- 5x5
- 5x8
- 8x8
- 9x12
- 15x15

Analiza cefalometryczna:

- Bjorka
- Jarabaka
- Rickettsa
- Steinera
- Schwartza

Wstępne rozpoznanie kliniczne:

Informacje istotne do prawidłowego przeprowadzenia medycznej procedury radiologicznej:

Cel i uzasadnienie badania:

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rentgenowskiego

.....
Data i podpis pacjenta, opiekuna

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego